

Fiche d'inscription TAP

Année:.....

Informations concernant l'enfant :

Nom : Prénom: Année de naissance : Classe :
Commune:.....

Informations Parents :

Nom : Prénoms :
Adresse :
Père : Mère : Responsable légal :
Personnel

☎ :
@ :
Professionnel :

☎ :
@ :

Nom : Prénoms :
Adresse:.....
Père : Mère : Responsable légal :
Personnel

☎ :
@ :
Professionnel :

☎ :
@ :

Personnes autorisées à récupérer l'enfant :

Nom : Prénom : Qualité : ☎ :

Nom : Prénom : Qualité : ☎ :

Nom : Prénom : Qualité : ☎ :

	Oui	Non
J'autorise mon fils/ ma fille à rentrer seul(e) le soir après l'école	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
après les TAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Renseignements Sanitaires :

Votre enfant rencontre-t-il des problèmes de santé particuliers?

(allergies, traitement en cours, contre-indications,....)

.....
.....
.....

Vaccinations :

Vaccins Obligatoires	Oui	non	Date de derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
OU Tetracoq					
BCG					

Qui est le médecin traitant de votre enfant ?

Nom et Prénoms :; Commune : N°:.....

Veillez joindre une attestation d'assurance responsabilité civile avec votre fiche d'inscription s'il vous plait.

Je soussigné, Responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe pédagogique à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : _____

Signature :